

**Cynthia Yanne Bezerra de Carvalho**

cynthiayanne@hotmail.com

**Kaline Hélen Batista Lima**

**Lara Carvalho Cunha**

**Zidane Hurtado Rabelo**

**Ernest Cavalcante Pouchain**

ernestpouchain@gmail.com

## **RESUMO**

As infecções odontogênicas são algumas das patologias mais complexas dentro cirurgia maxilo-facial. Originam-se a partir de estruturas dentais e de suporte, e podem trazer grandes riscos para a saúde do paciente. A celulite fascial de origem odontogênica geralmente está associada a cárie dentária, raízes residuais e necroses pulpaes, apresentando sempre microbiota mista. Para um correto diagnóstico é necessário a realização da anamnese, exames físicos intra e extraoral, avaliação da condição geral do paciente e conhecimento do histórico médico-odontológico e familiar do mesmo. Clinicamente, é possível observar aumento de volume com consistência endurecida e odor fétido da cavidade oral. Ainda, o paciente pode relatar dor, dificuldade de alimentação, fonação e respiração. Após o correto diagnóstico, o tratamento irá consistir em remoção do agente causador, drenagem da coleção que pode ser purulenta ou não, antibioticoterapia e acompanhamento do paciente. O presente trabalho tem por objetivo relatar 2 casos clínicos. O primeiro de um paciente masculino com aumento de volume do lado direito da face, com sensação dolorosa. O segundo caso refere-se a paciente jovem do gênero feminino com aumento de volume do lado esquerdo da face. Após avaliação, concluiu-se que tratava-se de celulite fascial de origem odontogênica. Dessa forma, em ambos, optou-se por cirurgia para remoção do fator causal, abordagem cirúrgica do aumento de volume e uso de Amoxicilina 500 mg associada a Metronidazol 400 mg. Pacientes retornaram para avaliação pós-operatória, e não houve uma resolução do aumento de volume de face e restabelecimento das características clínicas de normalidade.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bucal; Patologia bucal; Drenagem; Controle de Infecções Dentárias.

## **INTRODUÇÃO**

As infecções odontogênicas apresentam-se como patologias de tratamentos difíceis e comumente encontradas, necessitando de grande compreensão por parte do cirurgião-dentista. Originam-se nos tecidos dentais e de suporte, e podem trazer complicações e riscos sérios a saúde do indivíduo por terem capacidade de migrar para os espaços fasciais subjacentes (AZENHA et al., 2012; CAMARGOS et al., 2016).

Clinicamente, o estado geral da saúde do paciente deve ser analisado, observando sinais vitais, história médico-odontológica e familiar, além de exames físicos. De modo geral, devem ser observados os sinais e sintomas presentes (AZENHA et al., 2012; CAMARGOS et al., 2016).

Inúmeros fatores podem levar ao desenvolvimento dessas infecções, variando desde quadros mais leves até mais graves e de caráter emergencial. A quantidade e virulência dos microrganismos envolvidos dentro dos tecidos, a anatomia e a condição sistêmica dos pacientes influenciam na instalação e agravamento dessas infecções (AZENHA et al., 2012).

Em 2012, Azenha et al. afirmaram que as celulites fasciais são infecções de alta gravidade, caráter agudo e de progressão rápida, podendo ocorrer em qualquer idade e gênero. Quanto à sua origem, pode estar relacionada a um foco regional como também de origem distante. Apresenta localização difusa, com ausência de secreção purulenta, consistência endurecida, área hiperêmica e causada por bactérias mistas, sendo assim de maior risco à saúde do indivíduo.

O tratamento das infecções odontogênicas, em especial as celulites em região de face, se baseiam em drenagem cirúrgica e limpeza da cavidade, remoção de agentes causais, antibioticoterapia, além de compressas e bochechos. Sua progressão pode levar o paciente à hospitalizações. Entre as principais complicações, destacam-se Angina de Ludwig, endocardite bacteriana, trombose do seio cavernoso e septicemia (ARAUJO, 2010).

O presente trabalho tem por objetivo explicar os relatos de dois casos clínicos de pacientes que apresentaram celulite facial de origem odontogênica, como também as manobras realizadas e resultados do tratamento.

## **RELATO DE CASOS**

### **• Caso Clínico 1**

Paciente feoderma, do gênero masculino, procurou o Complexo Odontológico da UniCatólica com queixa de dor no elemento 16 e inchaço na face. Ao exame clínico extraoral, observou-se aumento de volume do lado direito da face com discreto fechamento palpebral, elevação da asa nasal do mesmo lado, temperatura local elevada e dores intensas à palpação. Durante o exame intraoral percebeu-se a presença de extensas restaurações, reabsorção óssea e retração gengival, havendo a necessidade de remoção dos fatores causais. Após exames radiográficos da face, o diagnóstico de celulite fascial com envolvimento do espaço infratemporal e bucal do lado direito foi instituído, sendo o paciente submetido à cirurgia para drenagem e remoção dos focos infecciosos.

Após antissepsia da área e da cavidade bucal, o campo cirúrgico foi montado e a equipe paramentada. Realizaram-se bloqueio à distância dos nervos envolvidos na inervação do elemento dentário e tentativa de drenagem do aumento de volume, utilizando como referência o ponto de maior flutuação por via intraoral. A divulsão dos tecidos subcutâneos foi realizada em toda a extensão da infecção. Após a exploração cirúrgica local e copiosa lavagem da área infectada, o dente envolvido (16) na infecção foi extraído, sendo instalado um dreno na incisão da mucosa para drenagem do remanescente da infecção, o qual foi mantido no interior da loja cirúrgica por meio de suturas. Após 24 horas, o paciente retornou para o acompanhamento do

tratamento. O dreno permaneceu por 3 dias e a incisão foi mantida aberta para cicatrização por segunda intenção. Após esse período, o dreno foi removido e avaliou-se a condição pós-operatória. O paciente foi orientado quanto à limpeza local diária e aos usos de medicação antimicrobiana (Amoxicilina e Metronidazol, 500 mg e 400 mg, respectivamente, a cada 8 horas) por 7 dias e para alívio dos sintomas (Dipirona Sódica, 500 mg/ml, a cada 6 horas). Após 7 dias, o paciente retornou para remoção dos dentes 14 e 15. O pós-operatório transcorreu dentro da normalidade. Após 1 ano de acompanhamento, não houve recidiva do quadro de infecção.

## • Caso Clínico 2

Paciente feoderma, gênero feminino, procurou atendimento odontológico com queixa de dor no elemento 36 e aumento de volume do lado esquerdo da face. Ao exame clínico extraoral, observou-se temperatura local elevada e dores intensas à palpação. Durante o exame intraoral e avaliação radiográfica, verificou-se a presença de extensa lesão de cárie no 36. O quadro apresentando pela paciente foi diagnosticado como celulite fascial com envolvimento do espaço bucal do lado esquerdo, sendo a paciente submetida à cirurgia para drenagem e remoção dos focos infecciosos presentes (exodontia do dente 36).

Para realização do procedimento, seguiu-se pelas antissepsia da cavidade oral, montagem do campo cirúrgico e paramentação completa da equipe. Realizaram-se bloqueio à distância dos nervos envolvidos na inervação do elemento dentário e tentativa de drenagem do aumento de volume no ponto de maior flutuação por via intraoral. A divulsão dos tecidos subcutâneos foi realizada em toda a extensão da infecção. Após a exploração cirúrgica local e copiosa lavagem da área infectada, o dente envolvido (36) na infecção foi extraído, sendo instalado um dreno na incisão da mucosa para drenagem do remanescente da infecção, o qual foi mantido no interior da loja cirúrgica por meio de suturas. O dreno permaneceu por 3 dias e a incisão foi mantida aberta para cicatrização por segunda intenção. Após esse período, o dreno foi removido e avaliou-se a condição pós-operatória. A paciente foi orientada quanto à limpeza local diária e aos usos de medicação antimicrobiana (Amoxicilina e Metronidazol, 500 mg e 400 mg, respectivamente, a cada 8 horas) por 7 dias e para alívio dos sintomas (Dipirona Sódica, 500 mg/ml, a cada 6 horas). O pós-operatório transcorreu dentro da normalidade. Após 21 dias do início do tratamento, a paciente apresentava suas características físicas dentro da normalidade.

## DISCUSSÃO

A infecção odontogênica é uma patologia que desde a antiguidade atinge a humanidade (ARAÚJO, 2010), e possui grande importância, tanto por ser comum como também pelo risco de complicações que podem levar o paciente ao óbito (JARDIM et al., 2011). As etiologias destas infecções estão relacionadas com microrganismos da flora oral normal, principalmente anaeróbios e bactérias gram-positivo, que entram em desequilíbrio com a barreira defensiva orgânica, devido ao aumento da virulência dos germes ou redução das defesas do hospedeiro (NAVARRO, 2009).

Eslava et al. (2012) afirmaram que a celulite facial odontogênica é um problema comum dentro da cirurgia maxilo-facial mesmo com todo conhecimento de princípios de gestão cirúrgicos. É uma infecção bacteriana grave dos tecidos moles da face. Vários fatores podem originar o desenvolvimento dessa infecção no indivíduo como por exemplo cárie dental, necrose pulpar e raízes residuais. (AZENHA et al., 2012; MEDINA, 2012).

A celulite fascial pode acometer várias regiões, desde espaços fasciais primários como também os secundários. Os espaços fasciais primários podem ser divididos pela sua localização, sendo classificados na maxila como bucal, palatino, canino e infratemporal, já na mandíbula estão presentes os espaços bucal, submentoniano, sublingual e submandibular. Os espaços secundários incluem os músculos da mastigação (temporal superficial e profundo, pterigomandibular e massetérico) e os espaços cervicais (retrofaríngeo, laterofaríngeo e pré-vertebral) (PETERSON, 2000; AZENHA et al., 2012).

A celulite facial possui características agudas, rápida progressão (2 a 4 dias), localização difusa, em alguns casos sem presença de coleção purulenta, consistência endurecida, área hiperêmica e é causada por bactérias mistas, apresentando maior risco à saúde do indivíduo (AZENHA et al., 2012; MEDINA, 2012). O abscesso dental vai evoluir de uma infecção odontogênica existente, pode ser dividido em agudo, que subdivide-se em três classificações: fase inicial caracterizado por sensação de dente crescendo, fase em evolução com aumento volumétrico e endurecido, e a fase evoluída quando existe área de flutuação. O abscesso pode ser classificado ainda em crônico, quando se manifesta de forma encapsulada, e consequentemente, ocorre a fistulização natural (PETERSON, 2000).

Os sinais comuns da Celulite Fascial são edema, dor difusa, febre, disfagia, odinofagia, sialose, trismo, odontalgia e respiração fétida. Podem haver mudanças na fonação, aflição respiratória e cianose pelo comprometimento das vias aéreas. Esses necessitam de cuidados hospitalares e medidas rápidas de tratamento para prevenir ou minimizar o desenvolvimento de complicações como por exemplo a obstrução das vias aéreas, mediastinite ou septicemia. O sucesso do tratamento pode ser definido pelo diagnóstico precoce e uma boa abordagem multidisciplinar (CAMARGOS et al., 2016).

A celulite tem microbiota mista, com microorganismos aeróbios gram-positivo e anaeróbios gram-negativo. Desta forma, a antibióticoterapia representa um grande aliado no tratamento das infecções faciais, porém como coadjuvante, pois deve sempre ser associado à drenagem e à remoção da causa. O uso da associação de amoxicilina e metronidazol abrange todos os microorganismos presentes na lesão e atinge seu pico de concentração tecidual com grande facilidade em menor tempo (AZENHA et al., 2012). Em contrapartida, a formação dos abscessos ocorre quando a anaerobiose é instalada, havendo uma grande liberação de toxinas e enzimas que resultam na destruição tecidual (ARAUJO, 2010).

Para melhora considerável no quadro é necessário a remoção da causa o mais breve possível, sugerindo-se ainda a tentativa de drenagem da coleção de bactérias. As incisões para drenagem podem ser intra ou extraorais, avaliando sempre a região mais estética e sem comprometimento muscular e vaso-nervoso. A anatomia da área deve ser respeitada, a incisão para drenagem deve ser realizada no ponto de maior flutuação e o mais estético possível, seguido sempre da divulsão dos tecidos. Após a drenagem, a incisão deve ser suturada mantendo o dreno em posição (AZENHA et al., 2012).

## CONCLUSÕES

Celulite em região de face é um quadro comum ao que se refere às infecções odontogênicas, necessitando de conhecimento por parte do profissional. O atendimento deve ser rápido devido sua gravidade e progressão. Conclui-se então que o diagnóstico preciso e tratamento adequado diminuem as taxas de intercorrências decorrentes do agravo da infecção, sendo necessário anamnese adequada, exames precisos, drenagem, remoção de fatores causais, antibioticoterapia e acompanhamento do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, J. A. D. **Infecção odontogênica: Revisão de literatura**. Monografia para especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- AZENHA, M. R. et al. Celulite facial de origem odontogênica. Apresentação de 5 casos. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. v. 12, n. 3, p. 41-48, 2012.
- CAMARGOS, F. M. et al. Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. v. 16, n. 2, p. 25-30, 2016.
- ESLAVA, C. et al. Celulitis facial odontogénica severa infrecuente causada por *Citrobacter freundii* productora de AmpC en un paciente con diabetes mellitus 2. Reporte de caso. **Revista de la facultad de medicina**. v. 20, n.1, p.35-41, 2012.
- JARDIM, E. C. G. et al. Infecções odontogênicas: Relato de caso e implicações terapêuticas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 32, n. 1, p. 40-43, 2011.
- MEDINA, J. Celulitis facial odontogénica em pacientes hospitalizados em um hospital especializado em pediatria. **Dermatologia Peruana**. v. 23, n. 2, p. 73-77, 2013.
- NAVARRO, D. M. Comportamiento clínico de las celulites facial odontógena. Hospital universitario "General Calixto García". **Revista Cubana de Estomatología**. v. 46, n. 4, p. 91-98, 2009.
- PETERSON, L. J. Infecções odontogênicas complexas. In: PETERSON, L. J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.